



PREFEITURA DE BENTO GONÇALVES

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**FORMULÁRIO PARA DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA PROCEDIMENTOS
DOMICILIARES**

A SER PREENCHIDO PELO PRESCRITOR - Juntar ao formulário a prescrição médica

Nome do paciente: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Nome do familiar ou responsável: _____ Telefone: _____

Doença principal: _____ CID: _____ Data do diagnóstico: _____

Critérios associados (*deverá conter pelo menos um*): () Cuidados paliativos () Presença de ostomias
() Lesão de pressão () Úlcera venosa aberta () Pós operatório () Feridas neoplásicas

Paciente necessita de procedimento domiciliar? () Sim () Não

() Curativo em lesão do tipo 3

() Sondagem vesical de alívio

() Curativo em lesão do tipo 4

() Lavagem de acessos

Familiar ou responsável ciente da execução do procedimento? () Sim () Não

Periodicidade de reavaliação pela equipe de enfermagem da UBS/ESF de referência do paciente:

() Semanal () Mensal () Outro: _____

Medicamento(s) prescrito(s) exclusivamente para o procedimento acima:

MEDICAMENTO	POSOLOGIA	QUANTIDADE MENSAL
() Solução fisiológica 0,9% estéril não injetável – frasco 100ml		
() Solução fisiológica 0,9% sistema fechado – bolsa ou frasco 250ml		
() Solução fisiológica 0,9% sistema fechado – bolsa ou frasco 500ml		
() Lidocaína 2% gel – bisnaga 30g		
() Sulfadiazina de prata 1% creme – bisnaga 50g		

Justificativa da prescrição (exclusiva para solução fisiológica sistema fechado):

OBS: Este formulário deverá ser renovado juntamente com a prescrição médica, de acordo com o protocolo.

Nome do prescriptor: _____ Telefone: _____

CRM: _____ UF: _____ Local de atendimento: _____

Data: ____/____/____

Assinatura do prescriptor

Quantidades máximas dispensadas por mês, mediante análise do formulário preenchido:

MEDICAMENTO	QUANTIDADE MÁXIMA MENSAL
Solução fisiológica 0,9% estéril não injetável – frasco 100ml	No máximo 8 frascos por mês para curativos em lesões do tipo 3. No máximo 16 frascos por mês para curativos em lesões do tipo 4.
Solução fisiológica 0,9% solução injetável – bolsa ou frasco 250ml	No máximo 50 unidades por mês, desde que comprovada no formulário a necessidade do uso da solução injetável (sistema fechado) para a execução do procedimento. NÃO será fornecido para curativos. NÃO será fornecido para uso injetável. NÃO será fornecido junto com a solução fisiológica sistema fechado de 500ml.
Solução fisiológica 0,9% solução injetável – bolsa ou frasco 500ml	No máximo 50 unidades por mês, desde que comprovada no formulário a necessidade do uso da solução injetável (sistema fechado) para a execução do procedimento. NÃO será fornecido para curativos. NÃO será fornecido para uso injetável. NÃO será fornecido junto com a solução fisiológica sistema fechado de 250ml.
Lidocaína 2% gel – bisnaga 30g	No máximo 4 bisnagas por mês para sondagem vesical de alívio. No máximo 4 bisnagas por mês para curativos em lesões do tipo 4 ou úlceras venosas abertas.
Sulfadiazina de prata 1% creme – bisnaga 50g	No máximo 2 bisnagas por mês.

PARA PREENCHIMENTO PELA FARMÁCIA

() Autorizada a dispensação. Quantidade mensal: _____

() Negada a dispensação. Justificativa: _____

Informo que o familiar ou responsável foi orientado quanto aos cuidados de armazenamento e validade.

Assinatura do familiar ou responsável: _____

Nome do farmacêutico: _____ Telefone: _____

CRF: _____ UF: _____ Local de atendimento: _____

Assinatura

Data: ____/____/____